

PRISE EN CHARGE COELIOSCOPIQUE DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT-G.

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCIES IN THE "A" SURGERY DEPARTMENT OF THE POINT-G UNIVERSITY HOSPITAL.

S Koumaré¹, A Traoré¹, B Bengaly², L Soumaré¹, O Sacko¹, M Sissoko¹, M Maiga¹, H Cissé¹, S Traoré¹, S Kéita¹, M Coulibaly¹, B S Coulibaly¹, C Traoré, Baba Traoré¹, M Konaté³, A Traoré³, S Thiam⁴, A S Traoré⁴, A Diarra⁵, H Dicko⁶, B Diallo⁶, ZZ Sanogo¹

- 1- Service de chirurgie A du CHU du Point G
- 2- Service de chirurgie B du CHU du Point G
- 3- Service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré
- 4- Service de chirurgie de l'hôpital de Gao
- 5- Service chirurgie générale de l'hôpital de Kati
- 6- Service d'anesthésie réanimation du CHU du Point G

Correspondant : Dr Sékou Bréhima Koumaré, chirurgien praticien hospitalier, Maître de conférences agrégé FMOS Bamako Tel : +223 66780597 Email : sekou_koumare@yahoo.fr

RESUME:

But : Evaluer la prise en charge des GEU par l'unité de coeliochirurgie du service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est tenue dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G du 1^{er} mars 2001 au 1^{er} février 2023, portant sur toutes les patientes reçues et opérées pour GEU par abord coelioscopique. Les aspects sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques ont été étudiés.

Résumé : En 22 ans, 12054 interventions chirurgicales ont été réalisées dont 5376 cas de coeliochirurgie gynécologique parmi lesquelles 62 cas de grossesse extra-utérine soit 1,2% de l'activité coelioscopique. L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes de 16 ans et 43 ans. Les paucipares étaient majoritaires avec 33,87%. La métrorragie accompagnée de douleur

pelvienne était le principal motif de consultation avec 70,97 % des cas. Le retard des règles était constaté dans 100% des cas. L'examen physique avait permis de noter une défense pelvienne dans 54,8 % des cas, une masse annexielle dans 25,8 % des cas et un cri de l'ombilic dans 17,7 % des cas. L'échographie abdominale a permis de trouver une grossesse extra-utérine non rompue dans 82,2 % des cas. En peropératoire la grossesse était rompue dans 72,58% des cas. Le traitement était conservateur consistant à l'extraction du trophoblaste chez 93,5% des patientes et radical dans 6,4 % des cas. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 1 jour avec des extrêmes de 1 jour et 8 jours. L'évolution postopératoire était favorable dans 95,2 %. La morbidité post opératoire était marquée par un hémopéritoine dans 3, 2% des cas, l'infection du site opératoire dans 1,6% des cas. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion : la prise en charge cœliochirurgicale de la GEU est une voie d'abord de choix qui permet la conservation de la trompe et la possibilité de grossesse ultérieure.

Mots clés : Prise en charge, Cœliochirurgie ; GEU ; Point-G

SUMMARY:

But: Evaluate the management of ectopic pregnancies by the laparoscopic surgery unit of the "A" surgical department at the Point-G University Hospital.

Methodology: This was a retrospective descriptive study conducted in the "A" surgical department of the Point-G University Hospital from March 1, 2001, to February 1, 2023, covering all patients admitted and operated on for ectopic pregnancies via laparoscopy. Sociodemographic, diagnostic, and therapeutic aspects were studied.

Summary: Over 22 years, 12,054 surgical procedures were performed, including 5,376 cases of gynecological laparoscopy, of which 62 were cases of ectopic pregnancy, representing 1.2% of laparoscopic activity. The average age was 28 years, with a range from 16 to 43 years. Women with few children were the majority (33.87%). Metrorrhagia accompanied by pelvic pain was the main reason for consultation (70.97%). Delayed menstruation was observed in 100% of cases. Physical examination revealed pelvic guarding in 54.8% of cases, an adnexal mass in 25.8% of cases, and umbilical tenderness in 17.7% of cases. Abdominal ultrasound detected an unruptured ectopic pregnancy in 82.2% of cases.

During the procedure, the pregnancy was ruptured in 72.58% of cases. Treatment was conservative, consisting of trophoblast extraction in 93.5% of patients, and radical in 6.4% of cases. The average length of hospital stay was 1 day, ranging from 1 to 8 days. Postoperative outcomes were favorable in 95.2% of cases. Postoperative morbidity was marked by hemoperitoneum

in 3.2% of cases and surgical site infection in 1.6% of cases. No deaths were recorded.

Conclusion: Laparoscopic management of ectopic pregnancy is a preferred approach that allows for preservation of the fallopian tube and the possibility of subsequent pregnancy.

Introduction

La Grossesse extra-utérine (GEU) est l'implantation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine [1]. Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde, quel qu'en soit le niveau de développement, en raison de sa fréquence et ses répercussions sur la fertilité des patientes [2]. La cœlioscopie permet d'en faire le diagnostic de certitude et le traitement dans le même temps opératoire. Cette voie d'abord est préférée à la laparotomie chaque fois que c'est possible car elle présente de nombreux avantages notamment la consommation des analgésiques en post opératoires, la durée d'hospitalisation, la durée de convalescence, le coût de la prise en charge thérapeutique, le risque adhérentiel et l'amélioration du pronostic de la fertilité ultérieure [3]. La prévalence de la GEU dans le monde n'a cessé de croître ces dernières années. En 2013, aux Etats-Unis, la prévalence était de 2,1% à New York, 2,4% en Californie et 2,4 % à l'Illinois [4]. A Madagascar, au CHU de Fianarantsoa, la proportion de la grossesse extra-utérine était de 1,6% en 2016 [5]. Les différents travaux réalisés au Mali sur la prise en charge des GEU ont surtout porté sur la méthode conventionnelle dite à ciel ouvert jadis utilisée sur l'ensemble du territoire. Elle est en augmentation régulière au Mali et dans les pays en développement, liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) [6]. La cœlioscopie opératoire a été dans une première période, essentiellement pratiquée par quelques équipes pionnières. Cette pratique est réalisée dans notre service depuis 2001, Koumaré S et coll ont

enregistré une fréquence de 1% de GEU sur l'ensemble des activités réalisées en cœliochirurgie [7]. Il nous a paru opportun de mener cette étude, pour évaluer l'activité cœlioscopique sur la prise en charge des GEU au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G depuis la création en mars 2001 l'unité de cœliochirurgie.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétro prospective et descriptive allant de mars 2001 à février 2023. Elle a été menée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G et a porté sur l'ensemble des patientes reçues et opérées pour GEU sous cœlioscopie. Les patientes admises ont été examinées cliniquement et les signes de complications ont été recherchés.

La confirmation diagnostique était acquise après le test de BHCG dans les urines et l'échographie abdominopelvienne. Les données ont été recueillies par exploitation des dossiers médicaux et des registres de compte-rendu opératoires.

Saisie et analyse de données :

Les données ont été enregistrées sur Excel et analysées sur le logiciel Epiinfo7 version anglaise.

Le test statistique utilisé pour la comparaison des données a été le Khi2 avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats :

Fréquence : Au cours de l'étude 12054 interventions chirurgicales ont été réalisées dont 5376 cas de cœliochirurgie gynécologique et 62 cas de grossesse extra-utérine soit 1,2%.

Données sociodémographiques : l'âge moyen des patientes était de 28 ± 7 ans avec des extrêmes de 16 ans et 43 ans. Plus de 94,6% des patientes étaient adressées par les médecins d'une autre structure de santé. La majorité des patientes était mariées soit un taux de 79%.

Données cliniques : la métrorragie accompagnée de douleur pelvienne

était le principal motif de consultation dans 70,97 % des cas. L'aménorrhée était observée chez toutes les patientes soit 100%. La douleur était associée à la métrorragie dans 71% des cas. L'infection génitale à répétition était observée dans les antécédents gynécologiques de 70,9% des patientes. La contraception était pratiquée par 35% des patientes. Les paucipares étaient majoritaires soit un taux de 33,9% des cas. Un antécédent d'avortement spontané a été observé dans 6,5% des cas. Nous avons noté un antécédent de GEU chez 6,5% des patientes. Un antécédent de chirurgie abdominale était noté chez 16,1% des patientes avec une notion de salpingectomie chez 3 patientes soit 4,8% des cas. A l'examen physique toutes les patientes avaient un état hémodynamique stable (100% des cas). La défense pelvienne était retrouvée dans 54,8% des cas suivie de masse latéro-utérine palpable dans 25,8% des cas.

Examen complémentaire : L'échographie abdomino-pelvienne a permis de mettre en évidence une GEU non rompue dans 82,2% des cas. La trompe droite était majoritairement concernée avec 75, 81% de cas. Le test de β hcg urinaire réalisé dans 61 cas était positif chez 98,4% des patientes. La numération formule sanguine réalisée chez toutes les patientes a permis de noter une anémie chez 12 patientes soit 19,4%.

Aspect thérapeutique : En peropératoire la grossesse était rompue dans 72,6% des cas. Elle était de siège ampullaire dans 67,7% des cas. La trompe droite était concernée dans 75, 8% de cas. La trompe controlatérale était d'aspect normal dans 83,9% des cas, adhérentielle dans 6,5% des cas et absente dans 4,8% des cas (antécédent de salpingectomie). Le traitement était conservateur dans 93, 6% des cas représenté par l'extraction du trophoblaste (**césarienne tubaire**) et l'hémostase. L'adhésiolyse était effectuée en même temps opératoire dans 16,1% des

cas. Aucun recours à la conversion n'a été noté pendant cette étude. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 95,16% des cas. Les complications postopératoires immédiates (4,84%) étaient marquées par 2 cas d'hémorragie interne à J2 et à J4 et 1 cas d'infection du site d'introduction de trocart. Les 2 cas d'hémorragie interne, avaient été pris en charge par une laparotomie médiane. Il s'agissait de saignement du site d'implantation du trophoblaste. Une salpingectomie d'hémostase a été effectuée dans un cas et l'hémostase du site d'implantation du fœtus dans le second cas. Les deux patientes ont été transfusées après la seconde intervention pour anémie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1 jour avec des extrêmes de 1 jour et 8 jours. Les suites opératoires tardives ont été simples chez toutes les patientes. Nous n'avons pas noté de décès pendant l'étude.

Discussion

Fréquence : Pendant la période d'étude, nous avons opéré 62 cas de GEU sous coelioscopie soit 1,15% de l'activité coeliochirurgicale gynécologique du service. Nous n'avons pas noté de différence significative entre cette fréquence et celles rapportées par les auteurs suivants Koumaré. S et coll. [7] ont rapporté une fréquence de 1% des cas ($p=0,64$), BANGAMBE BJ et coll au Congo Kinshasa [8] qui ont trouvé 1,6% ($p=0,69$).

Caractéristiques sociodémographiques : L'âge moyen des patientes était de 28 ± 7 ans avec des extrêmes 16 ans et 43 ans. Il était de 31,8 ans dans une étude réalisée par Assoumou O.P et coll [9] à Libreville. L'âge moyen obtenu dans notre étude est proche de celui rapporté par Ghislain E N et coll [10] soit 28,41ans. Cela correspond à la période de pleine activité génitale avec augmentation des facteurs de risque. Nous constatons que la femme peut faire une GEU à tout âge de la période d'activité génitale. Plus de 90% des patientes étaient adressées par les médecins d'une autre

structure de santé. Nous sommes un service de chirurgie générale et la plupart des patientes étaient référées par les gynécologues et les médecins généralistes. La majorité des patientes était mariées soit un taux de 79%. Ce résultat est statistiquement différent de celui d'Andriamifidison N.Z.R [5] ($p=0,02$) qui a trouvé 65,1%. Anorlu a constaté que le statut matrimonial ne figure pas parmi les facteurs de risque de la GEU. Pourtant, le changement fréquent de partenaire sexuel pourrait être considéré comme à l'origine de risque de contamination infectieuse source d'une GEU le plus souvent [11].

Données cliniques : Le principal motif de consultation était la métrorragie douloureuse soit 71%. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Koumaré S et coll ($p=0,02$) et supérieur à celui rapporté par Hssain H et all ($p=0,004$) qui ont respectivement trouvé 83,3% [7] et 67% [12]. La douleur pelvienne et l'aménorrhée sont parfois méconnues par les patientes car les métrorragies peuvent être prises pour des règles. L'aménorrhée était observée chez toutes les patientes soit 100% des cas. Andriamifidison [5] à Madagascar a constaté l'association d'aménorrhée, de douleur abdomino-pelvienne et de métrorragie dans 71,2% des cas. Cette situation peut s'expliquer d'une part par le fait de l'ubiquité des présentations cliniques de la GEU. Plus de la moitié des femmes (71%) avaient un antécédent d'infection sexuellement transmissible. Un taux de 63,3% a été retrouvé par Traoré T à Ségou [13]. Les altérations de la muqueuse tubaire secondaire aux infections seraient responsables de 50% de GEU [13]. Nous avons observé les récurrences de GEU chez 6,5% des patientes. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence en post opératoire d'adhérence des organes intra péritonéaux gênant dans certaines situations la migration de l'œuf. Un antécédent d'avortement spontané a été observé dans 6,5% des cas. Ce taux est inférieur à celui de TRAORE A.S [14] ($P=0,04$) qui a trouvé 14 %. A l'admission nous avons trouvé un

état hémodynamique stable chez toutes les patientes (100 % des cas). Dans la série de Hssain H [12] au Maroc la stabilité hémodynamique a été retrouvée chez 58 patientes soit 73% des cas et un état de choc dans 4% des cas. Nayama et coll [15] ont enregistré un état de choc dans 10,4% des cas. Ceci pourrait être expliqué par le mode de recrutement de nos patientes qui sont uniquement sélectionnées pour la cœliochirurgie. A l'examen physique la défense pelvienne a été retrouvée dans 54,8%, un cri de l'ombilic dans 17,7% des cas, une masse annexielle dans 25,8% des cas, un cri de cul de sac de Douglas dans 19,4% des cas. Ces résultats sont inférieurs aux données de la littérature [12 ; 15].

Examens d'imagerie et biologiques : L'échographie pelvienne a été réalisée chez toutes les patientes, la GEU était non rompue dans 82,3% des cas. L'échographie pelvienne a été systématique chez toutes les patientes dans la l'étude de Hssain H [12]. Le test BHCG urinaire a été effectué dans 98,4% des cas. L'échographie abdominale et le test BHCG sont les examens fiables pour le diagnostic de la GEU. Concernant le bilan de retentissement, la numération formule sanguine a été effectuée chez toutes les patientes et le taux d'hémoglobine était normal dans 80,7% des cas.

Aspects Thérapeutiques : En peropératoire, la grossesse était rompue dans 72,6% des cas. Cette prédominance de grossesses extra-utérines rompues a été constatée par Hssain H [12] qui a trouvé 73% des cas. Ce taux élevé de GEU rompue serait lié au retard diagnostique. La localisation ampullaire était prédominante dans notre population d'étude soit 67,7% suivie de la localisation isthmique dans 19,4% des cas. Cette prédominance de la localisation ampullaire est similaire aux données de la littérature [5, 7,12]. Dans notre étude le traitement conservateur cœlioscopique a représenté 93,6% des cas. Ce résultat corrobore avec celui de Koumaré S et coll dans le même service qui ont effectué un traitement conservateur cœlioscopique dans

85,7% des cas. Cette procédure a été adoptée par certains auteurs [3]. L'adhésiolyse a été effectuée en même temps opératoire dans 16,1% des cas. Belley PE et al en ont fait de même [18]. Les suites opératoires ont été simples dans 93,6%, compliquées d'hémorragie du site d'implantation du trophoblaste dans deux cas (1,6%) qui ont nécessité une laparotomie. L'hémostase du site d'implantation de l'œuf a été effectuée dans un cas et une salpingectomie d'hémostase dans l'autre cas. Dubuisson [16] a observé après un traitement radical, des complications hémorragiques per et post opératoires immédiates imposants une laparotomie.

Dufour [17] a rapporté sur une série de 109 cas de GEU, 87 patientes traitées par la cœliochirurgie dont 6 % ont présenté des complications hémorragiques. Cela démontre un des avantages du traitement par la cœlioscopie par rapport à la laparotomie. La durée moyenne du séjour hospitalier était de 1 jour avec des extrêmes de 1 jour et 8 jours. Cette durée est inférieure à celle de Hssain H au Maroc qui a trouvé une durée de séjour de cinq jours avec des extrêmes de deux et dix-huit jours. Cela expliquerait l'avantage de la cœliochirurgie par rapport à la laparotomie. Nous n'avons enregistré aucun décès cela pourrait s'expliquer par la prise en charge multidisciplinaire efficace de nos patientes. Cependant, le pronostic fonctionnel ultérieur des trompes de ces patientes n'a pas pu être évalué du fait que la plupart des patientes étaient perdues de vue.

Conclusion :

Le traitement cœlioscopique de la grossesse extra-utérine est une pratique courante dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G. Il ressort de cette étude que c'est une voie d'abord de choix qui permet de préserver la trompe pour une grossesse ultérieure.

Références

1-Job-Spira N, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Fernandez H, Bouyer J

Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristique de femmes traitées, premiers résultats du registre d'Auvergne, la presse médicale. 1995; 24(7):351-5.

2.Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly J L, Job-Spira N. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of twoclinic Epidemiologic entities. Fertil Steril. 2000 Nov ; 74(5) : 881-6.

3. Salvat, J. and Melis Thonon, A. (2006) Coelioscopie et grossesse en gynécologie (en dehors de la grossesse extra-utérine). Revue de la littérature. Le Journal de Coelio-Chirurgie ; (57) : 13-43.

4. Stulberg DB, Cain LR, dahlquist I. Ectopic Pregnancy Rates in the Medicaid Population. Am J Obst ynecol. 2013; 208(4): 274-7.

5. Andriamifidison N.Z.R, Rafamatanantsoa J.F, Randriatsarafara F.M, Rakotomahenina H, Tovoniaina J D, Randriambelomanana JA et al. Profil et issue des femmes présentant une grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa. Rev méd Madag 2016 ; 6(2): 745-49

6. Beral .V. An épiemiological Study Of recent Trends in Ectopic Prégancy. Br j Obstet Gyn , 1975 ; 82(10) : 775-82

7. Koumaré S , Soumaré L, Sissoko M, Keïta S, Camara M, Sacko O et al Evaluation of 15 Years Practice of Coelioscopic Treatment of Ectopic Pregnancy in the Surgery Department “A” at the University Hospital Point G. Surgical Science 2018; (9) : 454–60.

8. Bangambe B J, Kangudia M J, Mbanzulu P N, Yanga J J, Monzango G, Kabango R et coll. Profil épidémiologique et Prise en charge de la Grossesse Extra-Utérine à

l'hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise de N'djili, Kinshasa-RDC. KisMed 2016 ; 7(1): 255-58

9. Assoumou O P, **Makoyo K O**, **Ngou Mve N KJ**, **Eya'Ama M R**, **Meye JF**, **Bang NJA** et coll. Prise en Charge de la Grossesse Extra-Utérine au CHU Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville. Health Sci. Dis 2022 ; 23 (2) : 129-32

10. Ghislain E N, **Matsanga A**, **Manli D**, **Mati-Tsonga S**, **Tchoua R**, **Okoue Ondo R** et al. Prise en Charge des Grossesses Extra-Utérines Rompues : Coeliochirurgie Versus Laparotomie coeliosurgery versus laparotomyin the management of ruptured ectopic pregnancy. Health Sci. Dis 2020; 21 (6): 21–4.

11. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(2): 184–8.

12 . Hssain H, Berrada R, El Ghanmi A, Ferhati D. La grossesse extra-utérine Maroc. Maroc Médical 2011 ; 33 (2) : 105-09.

13. Traoré T, Traoré S, Sidibé A, Donigolo B, Kané F, Dao SZ et al. Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Anatomopathologiques de la Grossesse Extra- Utérine à Ségou (Mali). Health Sci. Dis: 2023 ; 24 (8) : 71-6.

14. Traoré SA, Sylla M, Samaké A, Cissouma A, Touré O, Cissé A et al Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital de Sikasso. Jaccr Africa 2021; 5(3): 410-415

15. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement :

exemple d'une maternité de référence au Niger. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2006 ; 34 (1) : 14-18.

16. Dubuisson JB, Chapron H. Grossesse extra-utérine : Etiologie, évolution, traitement. Rev Prat Chir. 1998; 4(9):1037-41.

17. Dufour P, Gaubert P, Vinantier D, Bernaedi CH. Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine .Resultats à propos d'une série de 125 cas. J Chirur 1996;130(6): 269-74.

18. Belley PE, Nana Njamien T, Egbe Obenchanti T, Mboudou E, Doh AS. Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine en milieu africain : expérience de l'hôpital général de Douala. Health Sci. Dis 2009; 10(4): 2-5.

ANNEXE



Fig 1 : grossesse extra-utérine ampullaire droite non rompue



Fig 2 : Electrocoagulation sur le bord anti-mesial de la trompe de Fallope



Fig 3 : Salpingotomie et extraction du trophoblaste